

FRANCISCAN CHILDREN'S
30 Warren Street, Brighton, MA 02135
(617) 254-3800 x 1970
Medical Records Department



INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN.
 FAVOR DE LEER ATENTAMENTE.

FORMULARIOS DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN INCOMPLETOS SERÁN DEVUELTOS AL REMITENTE PARA QUE AÑADA LA INFORMACIÓN QUE FALTA, LO QUE RESULTARÁ EN UN RETRASO EN EL PROCESO DE SU PETICIÓN.

Sección 1

- Proporcionar el nombre legal del paciente, fecha de nacimiento y dirección actual.
- Seleccionar el encasillado “DIVULGAR A” para identificar dónde es que usted desea que su información sea enviada:
 - A usted mismo, O
 - Identificar donde es que usted quiere que la información del expediente médico sea enviada; tal como otro proveedor de cuidado en la salud./PCP/MD, seguro, escuela, abogado, etc.. Usted tiene que incluir el nombre de la persona que recibirá la información como también la información postal (dirección completa de la calle, ciudad y código postal).
 - La información no será enviada a la oficina o clínica del médico si no tiene el nombre del médico de cuidado primario (médico de cabecera).
 - La información no será enviada al seguro sin el nombre de una persona/contacto.
 - La información no será enviada a la escuela o práctica de abogado sin el nombre de una persona/contacto.
 - La información no podrá ser procesada y el formulario será devuelto a usted para ser completado si toda la información de envío no está presente.
 -
- Seleccionar el encasillado “OBTENER DE” para que la información de otro proveedor sea enviada a Franciscan

Sección 2

- Indicar la fecha de servicio/tratamiento sobre la información a ser divulgada (usted puede indicar la fecha/fechas específica/s o un escogido de fechas o año).

Sección 3

- Identificar el propósito/cómo la divulgación de la información del expediente médico va a ser utilizada.
 - El propósito define el mínimo de los datos que serán incluidos en el paquete enviado a usted.
 - La información del conjunto de datos está enfocada en la información esencial que su proveedor de salud, seguro o escuela necesitará y no en la información que sea irrelevante al propósito de la divulgación.
 - Si usted necesita información adicional, seleccione el encasillado y la otra información que usted quiere sea incluida.
 - Si usted desea el expediente completo señale ello bajo la opción OTRO e indique el propósito (si no indica el propósito el expediente/registro de información (ROI por sus siglas en inglés) estará incompleto).

Sección 4

- La autorización está vigente por **120 días a partir de la fecha de su firma.**
- Cualquier autorización que tenga más de 120 días no será considerada válida. No enviaremos ninguna información

Sección 5

- Si su expediente contiene información protegida/sensitiva seleccione los encasillados apropiados que identifican la información que usted desea sea incluida en la divulgación o excluida de la misma.
 - Si fue un paciente interno en la Unidad 1, usted debe indicar lo referente al expediente Psiquiátrico para obtener el resumen de la admisión/ingreso y la dada de alta.

- Cuando deje en blanco lo que tiene que ver con la información protegida/sensitiva, ésta no será incluida y no recibirá tal información o la información estará incompleta.

Sección 6

- Favor de firmar y fechar el formulario y si usted no es el paciente, verifique su relación con el paciente
- Si usted no es el paciente o padre, tendrá que proveer una copia de los papeles que señalan la tutela legal/orden de detención/prisión/agente de cuidado en la salud u otro documento legal que le dé a usted tal autorización para tener acceso o el “ROI” no será procesado.
- Favor de escribir su nombre en letra impresa/letra de molde.
- Favor de tener un testigo que firme el formulario y escriba su nombre en letra impresa/letra de molde.

**Si usted tiene preguntas, favor de contactar el Departamento de Expedientes Médicos
(Medical Records Department) al:
617-254-3800, Ext. 1970 o Fax: 617-779-1269**